

Der Einfluß der Uterusmyome auf die Geburt.

Von Dr. Max Jacoby, Frauenarzt in Mannheim.

Es ist das Verdienst von Hofmeier, gezeigt zu haben, daß die Gefährdung der schwangeren Frau durch Myome in Wirklichkeit keine sehr große ist und die meisten Myomkranken eine unkomplizierte, glatte Entbindung am richtigen Ende der Schwangerschaft durchmachen. Nicht gar zu selten werden Myome während einer Entbindung völlig übersehen oder gelegentlich der Ausführung des Credéschen Handgriffes kleinere Myomknoten an der Uterusoberfläche konstatiert, aber nicht weiter beachtet. Häufig werden solche kleinere Knoten auch mit kleinen Kindsteilen verwechselt. Für den Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind sie fast völlig belanglos. Selbst wenn subseröse Myome eine ansehnliche Größe erreicht haben und auch multipel tastbar sind, brauchen sie nicht immer eine Gefahr für die Trägerin zu bedeuten. Für den Verlauf der Geburt ist nicht die Größe, sondern der Sitz des Tumors maßgebend. Selbst große und zahlreiche Tumoren gestatten einen ungestörten Geburtsverlauf, wenn sie am Corpus uteri sitzen. Auch die Myomknoten im Bereiche der tieferen Uterusabschnitte rücken, wenn nicht schon während der Schwangerschaft, so doch bei der Geburt, in der Eröffnungsperiode mit dem unteren Segment in die Höhe und geben den Beckeneingang für den Kopf frei. Von großer Bedeutung für die Geburt sind in erster Linie die Cervixmyome; sie rufen in der Regel die schwersten Geburtskomplikationen hervor. Sie wirken zunächst nachteilig durch ungünstige Beeinflussung der Kindslage. Die verschiedenen Statistiken haben gezeigt, daß bei ihnen 54 % Kopflagen (normal 95 %), 24 % Beckenendlagen (normal 31,1 %), 19 % Querslagen (normal 0,6 %) vorkommen. Neben dieser Beeinflussung der Kindslage kann das Cervixmyom zu ganz erheblichem mechanischem Geburtshindernis werden. Selbst kleine Myomknoten können hier schon eine so hervorragende Verengung des Beckeneingangs verursachen, daß der Kindsschädel nur verkleinert die verengten Geburtswege passieren kann. In solchen Fällen wird man sich nicht gar zu selten zum Kaiserschnitt entschließen müssen, einerseits um die Perforation des oft noch lebenden Kindes zu umgehen, anderseits um die Frauen nicht an den Folgen einer Uterusruptur elend zugrunde gehen zu lassen. Aber selbst intra partum kommt es bei diesen so ungünstig sitzenden Myomen noch zur Spontanheilung, indem der Tumor infolge der Wehentätigkeit von dem vorangehenden Teile aus dem kleinen Becken herausgedrängt und damit die Passage freigelegt wird.

Einen derartigen Fall hatte ich vor einigen Wochen bei einer älteren Erstgebärenden Gelegenheit zu beobachten. Da solche Spontanheilungen sicher viel Interessantes bieten, glaube ich mich berechtigt, diesen Fall veröffentlichen zu dürfen. Am 23. Juli 1908 wurde ich von der Hebamme zu einer älteren Erstgebärenden gerufen, da trotz starker Wehentätigkeit der Kopf nicht tiefer träte, Mekonium abgehe und Verdacht auf Zwillinge bestände. Als ich das Geburtszimmer betrat, fand ich eine stark erschöpfte Kreißende vor, die nach ihrem äußeren Habitus den Eindruck einer bevorstehenden Ruptur erwecken mußte. Da die Hebamme versicherte, daß der Kopf vorläge, begnügte ich mich angesichts der drohenden Gefahr mit einer oberflächlichen äußeren Untersuchung, die aber die starke Ausdehnung des Leibes sofort in die Augen springen

ließ. Bei der Abtastung des Abdomens konnte ich weiter zwei große Vorbuckelungen an den Funduskanten konstatieren, die beide nach der Seite verschieblich waren. Ferner fühlte ich einen etwa zweifautgroßen, harten Tumor direkt über der Symphysengegend. Herztöne waren rechts unten nur undeutlich hörbar, kleine Teile nicht zu fühlen. Die Hebamme versicherte, daß bei der von ihr vor etwa einer Stunde vorgenommenen Untersuchung der Kopf noch beweglich über dem Beckeneingang gestanden, daß aber seitdem sehr starke Druckwehen unaufhörlich bestanden hätten. Infolge des über der Symphyse liegenden Tumors war es jetzt nicht mehr möglich, sich bei der äußeren Untersuchung über den Stand des Kopfes genau zu orientieren. Als ich die Hebamme dann auf den zweifautgroßen Tumor über der Symphyse aufmerksam machte, erklärte sie mir, daß derselbe vorher nicht vorhanden gewesen wäre. Sie hatte im Fundus nur zwei große Teile gefühlt, die bei ihr den Verdacht auf Zwillinge hervorgerufen hätten. Die nun von mir vorgenommene innerliche Untersuchung ergab, daß der Kopf in zweiter Schädellage fest sich auf den Beckeneingang eingestellt hatte. Muttermund verstrichen. Infolge der drohenden Uterusruptur und des gefährdeten kindlichen Lebens entschloß ich mich zur hohen Zange. Während sich der linke Zangenlöffel leicht an den Schädel anlegen ließ, machte die Anpassung des rechten Löffels doch erhebliche Schwierigkeiten. Nur mit größter Mühe gelang es, den Löffel zwischen Schädel und Uteruswand heraufgleiten zu lassen, da der darüberliegende Tumor direkt auf Uteruswand und Schädel eine erhebliche Kompression ausübte. Es gelang schließlich, die Zange ins Schloß zu bringen und durch vorsichtige, langsam ausgeführte Traktionen einen leicht asphyktischen Knaben zur Welt zu fördern. Durch kaltes und warmes Bad bzw. Schultzesche Schwingungen gelang es mir bald, das Neugeborene zu kräftigem Schreien zu veranlassen. Ich möchte hierbei gleich hinzufügen, daß das Kind neun Wochen post partum an Krämpfen zugrunde gegangen ist, die wohl als eine Folge der starken Schädelkompression intra partum anzusehen sind.

Der Verdacht, daß es sich hier um multiple Uterusmyome gehandelt hatte, wurde nun bei der genauen äußeren Abtastung des Uterus nach Geburt des Kindes bestätigt. An beiden Uteruskanten fanden sich, vom Fundus ausgehend, zwei verschiebliche, subseröse Myomknoten, beide von Kleinkindskopfgröße, die bis in Nabelgegend herunterragten. Direkt unter der Symphyse, bis fast zum Nabel reichend, sich nach rechts von der Mitte aus entwickelnd, fühlte man einen dritten harten, zweifautgroßen Tumor, der sich nur wenig von seiner Unterlage verschieben ließ. Etwa zehn Minuten nach der Geburt des Kindes trat eine ziemlich beträchtliche Blutung auf, ich versuchte sofort mittels Credéschen Handgriffes die Plazenta zu exprimieren, was aber nur sehr schwer gelang, da man infolge der Fundustumoren nur schwer kontraktiles Uterusgewebe umfassen konnte. Die Plazenta wie Eihäute waren vollständig; der Dammriß II. Grades wurde am nächsten Tage vernäht.

Die Anamnese ergab bei der Patientin wenig Stichhaltiges. Sie will seit dem 17. Lebensjahre regelmäßig menstruiert gewesen sein, die Menses seien sehr stark gewesen und hätten fast stets zehn Tage gedauert, ohne Patientin sonst Beschwerden zu verursachen. Während der Schwangerschaft hätte sie sich im ganzen wohlgefühlt, aufgefallen sei ihr das besonders starke Zunehmen des Leibes in der letzten Zeit der Schwangerschaft; sie habe deshalb selbst oft an Zwillinge gedacht. Von der Anwesenheit der Geschwülste hätte sie bis jetzt keine Ahnung gehabt.

Der Verlauf des Wochenbetts war vollkommen normal.

Wir haben es hier also mit einem Fall zu tun, der das eingangs über das Verhalten der Myome beim Partus Gesagte schön beleuchtet. Trotz ihrer ziemlichen Größe haben die beiden vom Fundus ausgehenden Myome nicht die geringste Behinderung während der Schwangerschaft und der Geburt abgegeben. Anders das von der Cervix ausgehende Myom. Obwohl kleiner, hätte es zur völligen Unmöglichkeit eines Partus per vias naturales geführt, wenn nicht im letzten Augenblick die Natur sich selbst geholfen hätte. Die überaus starken Preßwehen vermochten es, durch weiteres Herabdrücken des Kopfes den Cervixtumor aus dem kleinen Becken an der Symphyse vorbei zu luxieren und so den Beckeneingang frei zu machen. Dieser Vorgang wird nun dadurch ermöglicht, daß die Natur die Tumoren in der Geburt zur Erweichung bringt. Diese entsteht unter dem Einfluß der Wehentätigkeit unter einer im Tumor zustande kommenden venösen Stauung durch ein akutes Oedem. Die Tumoren werden unter dem Einfluß dieser Veränderung, die ganz überraschend schnell, oft in wenigen Stunden eintreten kann, außerordentlich kompressibel, und so kann dann der Kopf schließlich doch noch an ihnen vorbei den vorher ganz engen Raum passieren.

Patientin war acht Wochen nach der Geburt bei mir zur erneuten Untersuchung. Die Tumoren hatten sich bezüglich der Größe und Lage nicht verändert, auch der von der Cervix ausgehende Tumor war zum größten Teile über der Symphyse fühlbar, nur mit einem kleinen Segment war er unter dieselbe getreten. Ich habe der Patientin den Rat gegeben, sich operieren zu lassen. Ich nehme an, daß es möglich sein wird, unter völliger Erhaltung des Uterus die drei Myome zu entfernen und so der Patientin die Möglichkeit einer erneuten Konzeption zu erhalten. Patientin hat sich bisher nicht zur Operation entschließen können. Als ich die Patientin vor einigen Tagen wieder untersuchte, war der von der Cervix ausgehende Tumor fast ganz unter die Symphyse getreten. Nach erneuter Schilderung der großen Gefahr bei einer wieder eintretenden Geburt lehnte die Patientin einen operativen Eingriff vorläufig ab.

Von einer Anzahl von Autoren wird als Einfluß, welchen Myome am Uterus auf die Schwangerschaft ausüben können, ein abnormer Sitz der Plazenta angegeben; natürlich handelt es sich hier vornehmlich um submuköse Myome. So fand Nauss in 241 Fällen zweimal die Angabe einer Placenta praevia und dreimal außerdem tiefen Sitz der Plazenta notiert. Chadwick teilt desgleichen einen Fall eigener Beobachtung mit und führt acht weitere Fälle von Placenta praevia an. Außerdem haben Hofmeier, E. Fraenkel und Flaischlen Fälle von Placenta praevia angeführt. Es ist also eine ziemliche Anzahl von Fällen beobachtet worden, sodaß man wohl berechtigt ist, hieraus einen Einfluß des Myoms auf das Zustandekommen einer solchen Komplikation zu eruieren. Es kommt hinzu, daß sich bei den Veröffentlichungen sehr häufig die Angabe findet, die Plazenta habe ihren Sitz auf der Innenfläche des Myoms gehabt. Einen bezüglichen Fall konnte ich anfangs dieses Jahres beobachten.

Es handelt sich um eine im Anfang der dreißiger Jahre stehende IV-para. In Vertretung eines Kollegen wurde ich wegen starker Blutung und Querlage von der Hebamme gerufen. Die Wehen hätten vor einigen Stunden angefangen, seit einer Stunde verliere die Kreißende unaufhörlich Blut. Ich fand eine ziemlich anämische Frau vor, die sich im siebenten Schwangerschaftsmonate befand, es blutete ziemlich stark aus der Scheide, mehrere Unterlagen waren vorher schon durchblutet gewesen. Herztöne waren nicht hörbar, auch wollte die Kreißende schon seit einigen Tagen kein Leben mehr gespürt haben. Die innerliche Untersuchung ergab zweite dorsoantere Querlage bei etwa Fünfmärkstück großem Muttermunde. Der Muttermund war überlagert von schwammigem Plazentagewebe. Es gelang mir, mit drei Fingern an der Plazenta vorbei in das Cavum uteri zu kommen, die Blase zu sprengen und auf den Fuß zu wenden. Da der Muttermund sich gut dehnte, die Frucht noch nicht ausgetragen war, schloß ich sogleich die vorsichtige Extraktion derselben an, die auch glatt von staten ging. Die Frucht, männlichen Geschlechts, war totfaul, also schon wohl seit mehreren Tagen abgestorben. Bald nach der Geburt der Frucht trat eine erneute Blutung ein, die auf Uterusreiben nicht zum Stehen gebracht werden konnte. Die Plazenta mittels Credéschen Handgriffes zu exprimieren, gelang nicht, sodaß ich mich, um ein weiteres Blutvergießen zu verhindern, zur manuellen Entfernung der Plazenta entschloß. Sie war abgesehen von dem vorliegenden Teile fest mit der Uterusschleimhaut verwachsen, sodaß sie förmlich losgeschält werden mußte. Trotzdem nun an Plazenta und Eihäuten nichts zu fehlen schien, tastete ich das Uteruscavum nochmals aus und fand jetzt dicht neben der Insertionsstelle der Plazenta einen kleinen, faustgroßen Tumor vor, der sich ganz leicht aus seinem Bette ausschälen ließ. Ich dachte natürlich, daß es sich um einen Nebenkuchen der Plazenta handeln würde, mußte aber zu meinem Erstaunen den Tumor als submuköses Myom deuten.

Ich glaube, daß man in diesem Falle nicht nur das Zustandekommen der Placenta praevia, sondern auch die feste Adhärenz der Plazenta an der Uterusinnenfläche als Folge des submukösen Myoms ansehen kann. Letztere ist dann bedingt durch Veränderung der Uterusschleimhaut, wie wir sie ja sehr häufig bei submukösen Myomen des Uterus wahrnehmen.

Resümee. Subseröse Myome pflegen für die Trägerin intra partum nur dann eine Gefahr mit sich zu bringen, wenn sie von der Cervix ausgehen. Sie können hier einen Partus per vias naturales völlig unmöglich machen. Während der Austragungsperiode können sie aber auch durch die Wehentätigkeit aus dem kleinen Becken herausluxiert werden; dadurch wird die Passage für den vorangehenden Kopf frei, und die Geburt kann auf natürlichem Wege erfolgen.

Submuköse Myome führen in einer Anzahl von Fällen zu Placenta praevia; die Plazenta pflegt dann an der Innenfläche des Myoms zu inserieren. Infolge Veränderung des Endometriums tritt dann häufig als weitere Komplikation eine pathologische Adhärenz der Plazenta an der Uterus-Innenfläche ein.

Literatur: 1. Myom und Schwangerschaft. Von Prof. Dr. R. Olshausen. Veitsches Handbuch der Gynäkologie, 2. Bd. — 2. Lehrbuch der Geburtshilfe. Von Franz v. Winckel. — 3. Grundriß zum Studium der Geburtshilfe. Von E. Bumm.
